

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 15

Contribution à l'Étude
des
AVORTEMENTS TUBAIRES

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 8 avril 1935

PAR

J. GOMOLINSKY

Né le 17 novembre 1904 à Zyrosdow-Ruda-Guzowska (Pologne)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITE
(MENTION MÉDECINE)

Examineurs /
de la thèse \

MM. LAPEYRE, professeur, *président*.

RICHE, professeur.

COLL DE CARRERA, agrégé.

AIMES, agrégé.

| *Assesseurs*

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
Rue Jardin-Martel
MONTPELLIER

—
1935

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES AVORTEMENTS TUBAIRES

Contribution à l'Étude
des
AVORTEMENTS TUBAIRES

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 8 avril 1935

PAR

J. GOMOLINSKY

Né le 17 novembre 1904 à Zyrosdow-Ruda-Guzowska (Pologne)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITE
(MENTION MÉDECINE)

Examineurs
de la thèse

MM. LAPEYRE, professeur, *président*.
RICHE, professeur.
COLL DE CARRERA, agrégé.
AIMES, agrégé.

Assesseurs

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
Rue Jardin-Martel
MONTPELLIER

1935

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

MM.

Anatomie	J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES, assesseur.
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Matière médicale (Ch. de c.)	CABANNES
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
Anatomie (Ch. de c.)	LAUX
Histologie (Ch. de c.)	GRANEL

Honorariat

Doyen honoraire: M. MAIRET

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, VALLOIS

FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de cours complémentaires

	MM.
Pathologie expérimentale	PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN ag. libre
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON

Agrégés en exercice

	MM.		AIMES
			MOURGUE-MOLINES.
			GUIBAL
			ROUX
	MM. BOULET	Chirurgie....	
	PAGES		
	JANBON	Obstétrique..	COLL DE CARRERA
	BAUMEL	Bactériologie.	CARRERE
	VIDAL		
Médecine			

Examineurs de la thèse

MM. LAPEYRE, prof., président. MM. COLL DE CARRERA, agrégé
RICHE, professeur. AIMES, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MES PARENTS

Faible témoignage de mon amour filial et de ma reconnaissance infinie pour leur tendresse et leur inaltérable dévouement.

A MA SŒUR

A MA BELLE-SŒUR

A MES FRÈRES

A MON NEVEU

que je confonds dans la même affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

J. G.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR N.-C. LAPEYRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a suggéré l'idée de ce travail
et qui a bien voulu nous faire le grand
honneur d'accepter la présidence de notre thèse.*

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RICHE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de faire partie de notre Jury de Thèse.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGREGES

COLL DE CARRERA ET AIMES

Avec notre respectueuse sympathie.

A MES MAITRES DE LA FACULTE

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES AVORTEMENTS TUBAIRES

INTRODUCTION

Parmi les complications de la grossesse tubaire, l'avortement tubaire paraît être une éventualité plus souvent observée que ne le disent les classiques. Ceux-ci considèrent habituellement que la rupture de la trompe gravide avec les accidents hémorragiques qui l'accompagnent est le mode le plus courant d'interruption des grossesses ectopiques. Le nombre important d'observations d'avortement tubaire que l'on peut recueillir dans la littérature médicale, observations dans lesquelles une intervention chirurgicale suivie de l'examen histologique de la trompe vient confirmer le diagnostic, permet au contraire de penser qu'il s'agit là d'un accident relativement fréquent.

Un cas tout à fait typique d'avortement tubaire, observé dans le service de clinique gynécologique de Monsieur le Professeur N.-C. LAPEYRE, nous a inspiré le sujet de cette courte thèse. Nous remercions ici très vivement notre maître d'avoir bien voulu nous confier cette observation dont on pourra lire le compte rendu détaillé à la fin de ce travail.

De plus, en parcourant les archives du service de gynécologie, nous avons pu relever cinq autres cas d'avortement tubaire. Ces observations encore inédites, et que l'on trouvera également à la fin de notre travail, viennent à l'appui de

notre premier cas. Aussi nous a-t-il semblé inutile de rapporter ici les cas nombreux d'avortement tubaire mentionnés dans les diverses publications relatives au sujet qui nous occupe.

Il nous a donc paru intéressant de passer en revue les différents chapitres de la question de l'avortement tubaire, et, sans avoir l'ambition d'apporter à l'étude de cette question des vues très nouvelles, de tâcher de nous rendre compte s'il n'y avait pas lieu de modifier quelques-unes des notions classiques sur ce sujet.

PREMIERE PARTIE

DEFINITIONS

La grossesse ectopique est, on le sait, exceptionnellement menée jusqu'au terme. Des accidents liés à des hémorragies intra-tubaires viennent presque toujours interrompre son évolution. Ces accidents peuvent se faire suivant les modalités suivantes:

a) *L'Hématosalpinx*: ou hémorragie intra-tubaire sans issue du sang hors de la trompe.

b) *La rupture tubaire*: Cas dans lequel l'hémorragie s'accompagne de destruction de la paroi salpingienne distendue par l'augmentation de volume de l'œuf qui est contenu dans la lumière tubaire et surtout subissant par ailleurs une sorte d'usure progressive par les villosités placentaires qui s'enfoncent dans son épaisseur.

Il ne sera pas question de ces deux complications dans cet exposé qui a en vue l'étude de:

c) *L'Avortement tubaire*: Dans ce cas, il y a hémorragie et décollement de l'œuf situé dans la trompe, mais *sans lésions* de la paroi salpingienne. L'expulsion de l'œuf décollé se fait par l'un ou l'autre orifice tubaire soit vers le péritoine, soit (mais cela est exceptionnel) vers la cavité utérine.

L'avortement se fait presque toujours dans la cavité péritonéale par l'ostium abdominal (avortement tubo-abdominal). Il n'est cependant — du moins « théoriquement » — pas impossible que l'expulsion se fasse vers la cavité utérine par l'ostium utérinum (avortement tubo-utérin).

AVORTEMENT TUBO-UTÉRIN

Notre travail étant destiné à l'étude de l'avortement tubaire dans sa variété tubo-abdominale, voyons, pour ne plus avoir à y revenir, ce qu'il y a lieu de connaître, de l'avortement tubo-utérin, variété tout à fait exceptionnelle de terminaison des grossesses ectopiques:

Les cas d'avortement tubo-utérin publiés sont peu nombreux et, du reste, discutés. JAROUSSE (Thèse de Paris, 1932), signale 25 cas échelonnés entre 1871 et 1910 (cas publiés par AXTELL, CORNELIUS, WILLIAM, BURNEY, PILLIET, JONESOFF, CHAMBRELENT, SCHWARTZ), parmi ceux-ci seules les observations cités par la thèse de JONESOFF (Paris 1901), lui paraissent présenter des garanties suffisantes d'authenticité. Signalons cependant des cas indiscutables d'avortement tubo-utérin publiés par JAYLE, CESTAN (Thèse de Paris, 1894), VAUTRIN. Ces cas prouvent l'existence indiscutable d'un mode d'avortement dont la réalité a été niée par de nombreux auteurs.

L'avortement tubo-utérin succéderait à des grossesses ectopiques interstitielles. L'examen clinique pratiqué avant les phénomènes d'expulsion de l'œuf avaient permis de constater la présence d'une masse latéro-utérine puis sont apparus les signes de l'avortement consistant en métrorragies et expulsion de débris de caduque. Après l'avortement, on constate la disparition de la masse latéro-utérine.

Le diagnostic est rarement fait, les signes cliniques étant le plus souvent confondus avec ceux de l'avortement banal.

En résumé: L'avortement tubaire consiste dans l'expulsion totale ou partielle, avant l'âge de la viabilité fœtale, de l'œuf inséré dans la trompe, à travers l'un des orifices

naturels de celle-ci et sans rupture de sa paroi. (R. VIAL.)

Si l'expulsion a lieu par l'ostium abdominal, l'avortement est dit tubo-abdominal. Si au contraire elle se fait à travers l'ostium uterinum c'est à un avortement tubo-utérin que l'on a affaire.

Signalons enfin, mais il s'agit là d'une éventualité rarissime, que l'avortement peut se faire à travers l'orifice d'un pavillon accessoire. (*Gottschalk. Zeitsch. für Obst. und Gyn.*, 1895, p. 140.)

ETIOLOGIE

L'étude de l'avortement tubaire n'avait guère été faite jusqu'en 1897 où, le premier, WERTH aborde cette question. Depuis lors, de nombreuses publications ont été consacrées à ce sujet. Il est du reste remarquable que la grossesse extra-utérine elle-même resta longtemps méconnue. LAWSON-TAIT montra dans la suite qu'elle était la cause principale des hémorragies intra-péritonéales par rupture de la trompe gravidе. Depuis lors, à la faveur du nombre croissant des interventions chirurgicales, on a reconnu la fréquence non seulement des ruptures mais aussi des avortements tubaires.

a) *Fréquence.* — Les auteurs ne sont cependant pas d'accord en ce qui concerne la fréquence de l'avortement tubaire relativement aux autres complications de la grossesse ectopique et en particulier à la rupture.

L'avortement est-il plus fréquent que la rupture tubaire ou bien est-ce l'inverse? Les proportions varient avec les différentes statistiques. Il faut du reste reconnaître qu'il est quelquefois difficile, même à l'intervention, de savoir s'il s'agit de rupture ou d'avortement. La trompe malade peut avoir été déchirée au cours de manœuvres opératoires forcément rapides (puisqu'il s'agit avant tout d'assurer l'hémostase). D'autre part, aussi, les malades ne se présentent

pas de la même manière dans tous les cas. Le plus souvent on est amené à intervenir pour inondation péritonéale et c'est alors la rupture qui est le plus souvent observée. De telle sorte que les statistiques (dans le cas qui nous intéresse, comme du reste dans la plupart des cas) n'ont qu'une valeur très relative.

Voici, cependant, les chiffres que nous avons pu relever dans les diverses statistiques. Le pourcentage des avortements tubaires par rapport aux autres complications s'élève aux taux de :

- 25 %, statistique de LENORMANT (in thèse de Bisono).
- 62 %, » de URDAN.
- 72 %, » de la clinique Tarnier (1922 à 1932).
- 76 %, » de KÜSTNER.

Enfin, nous avons relevé, dans les archives de la clinique gynécologique (service de M. le Professeur LAPEYRE), un total de 36 cas de grossesse ectopique. Sur ce nombre, 6 cas seulement se sont terminés par un avortement tubaire vérifié opératoirement (soit une proportion de 16,6 %).

Par opposition, et pour ne citer qu'un exemple, les statistiques de LENORMANT, HARTMANN, KEPPEL nous donnent dans une publication 25 %, et dans une autre 40 %.

La difficulté de diagnostiquer certains cas, même opératoirement, et la diversité des cas cliniques nous paraissent pouvoir expliquer ces divergences d'opinion. Il nous semble donc difficile d'affirmer si l'avortement tubaire est plus fréquent que la rupture ou inversement. Admettons avec la majorité des auteurs qu'il est au moins aussi fréquent qu'elle.

b) *Siège.* — Le point d'implantation de l'œuf dans la trompe gravide a une influence certaine sur le mode d'évolution de la grossesse ectopique. Nous avons déjà signalé plus haut que l'avortement tubo-utérin n'existait qu'avec

une grossesse interstitielle. L'avortement tubo-abdominal, par contre, ne se voit pour ainsi dire jamais avec une grossesse interstitielle. Celle-ci évoluera le plus souvent vers la rupture et l'inondation péritonéale.

La grossesse ampullaire, au contraire, se termine plus souvent par l'avortement que par la rupture. WIEGAND a observé 59 grossesses ampullaires sur lesquelles 44 se sont terminées par l'avortement.

c) *Moment.* — L'avortement tubaire est une complication du début de la grossesse ectopique. A ce moment, la musculature de la paroi de la trompe n'a encore subi aucune modification importante. En particulier, l'ostium abdominal n'est pas obturé et donc parfaitement perméable. Ces conditions sont donc favorables à l'expulsion de l'œuf sans qu'il se produise de rupture des parois tubaires.

L'observation qui a servi de point de départ à notre thèse confirme cette notion. C'est en effet dans les toutes premières semaines que l'interruption de la grossesse s'est faite chez notre malade.

Quelques auteurs pensent pourtant que l'avortement surviendrait plus tard que la rupture, mais néanmoins, jamais après le quatrième mois de la grossesse ectopique. Le maximum de fréquence se situerait entre le deuxième et le troisième mois. Cette évolution relativement tardive s'explique si l'on pense qu'il s'agit de grossesse ampullaire dont l'évolution se prolonge en général plus longtemps que celle de la grossesse isthmique.

Quant aux causes réelles, déterminantes, de l'avortement tubaire, il semble difficile de les préciser: Un traumatisme abdominal, une fatigue excessive, un examen gynécologique intempestif, ont pu le provoquer. Parfois aussi, on voit l'avortement se faire au moment où, normalement, seraient venues les règles s'il n'y avait pas eu grossesse.

d) *Pathogénie*. — Nous ne voulons pas entrer dans les discussions ayant trait à la pathogénie des avortements tubaires. Il semble que leur mécanisme s'explique assez aisément si l'on admet la succession des phénomènes suivants: Le premier stade consiste en une *apoplexie ovulaire* (PILLIET et CASTAN) par insuffisance de nutrition de l'œuf. En second lieu, les contractions tubaires (contractions signalées par tous les auteurs et dont l'intensité et le nombre sont au maximum pendant la période pré-menstruelle) facilitent la production des hémorragies et le décollement de l'œuf. A ce moment, il pourrait se faire soit un hématosalpinx (éventualité rare), soit une rupture tubaire, soit un avortement. Si l'ostium abdominal est resté perméable et si la grossesse siège dans la région ampullaire, la dilatation du pavillon se faisant avec facilité, l'avortement tubaire devient possible. Si, au contraire, la grossesse est isthmique, l'œuf se trouve éloigné du pavillon, la paroi de la trompe, distendue et inextensible à ce niveau, ne tarde pas à se rompre, la rupture tubaire est constituée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il nous paraît inutile et même hors de notre sujet de rappeler ici comment l'ovule fécondé recueilli par le pavillon tubaire est acheminé vers l'utérus grâce aux contractions péristaltiques de la trompe, aidées par la structure de son épithélium, et comment s'accomplit la nidation dans la cavité utérine elle-même.

Rappelons au contraire très brièvement l'anatomie pathologique de la grossesse tubaire, non compliquée d'avortement ou de rupture. Dans la grossesse tubaire, l'ovule fécondé présente ses deux enveloppes fœtales habituelles : chorion et amios. L'enveloppe d'origine maternelle, paroi du kyste fœtal, est constituée par la paroi tubaire elle-même. Mais, si l'œuf n'est pas inclus en entier dans la trompe, la paroi de celle-ci ne forme qu'une portion du kyste fœtal, le reste est formé aux dépens du péritoine avoisinant ou encore par l'intermédiaire de fausses membranes.

Mais, on le sait, la grossesse tubaire n'arrive presque jamais à terme et se termine généralement au bout de deux à quatre mois par rupture ou avortement. C'est cette dernière éventualité qui nous intéresse. Quelles sont donc les modifications anatomo-pathologiques apportées aux annexes par l'avortement tubaire ?

Les annexes malades, très fortement congestionnées, augmentées de volume, sont généralement prolabées dans le

cul-de-sac de Douglas auquel elles s'unissent par des adhérences vélamenteuses parfois difficiles à rompre. Elles sont, en outre, entourées de caillots sanguins (hématocèles péri-tubaires) plus ou moins complètement organisés. (Nous reviendrons, du reste, plus loin sur ces formations hémorragiques.)

On distingue généralement les avortements tubaires en *complets* et *incomplets*, suivant que l'œuf est évacué en totalité ou seulement en partie dans la cavité abdominale.

a) Dans l'avortement tubaire *complet*, en effet, l'œuf est expulsé en entier dans la cavité péritonéale où il sera possible de le retrouver; bien que le plus souvent, il soit perdu au milieu des caillots sanguins. Tout à fait exceptionnellement, l'œuf ne meurt pas et, se fixant sur le péritoine, donne une grossesse abdominale secondaire.

b) Plus fréquemment l'avortement tubaire est *incomplet*. Il persiste dans la lumière tubaire une portion plus ou moins considérable de placenta. La section longitudinale de la trompe permet ainsi de retrouver l'insertion intra-tubaire du kyste foetal (voir notre observation n° 1). L'œuf d'un avortement tubaire incomplet peut affecter des situations variables par rapport à la trompe. Dans certains cas, il est complètement décollé mais contenu en entier dans la trompe. Celle-ci est, bien entendu, renflée au point où se trouve l'œuf (généralement portion ampullaire de la trompe). Le pavillon est largement ouvert et laisse sourdre du sang.

Si l'avortement est plus avancé, l'œuf a progressé vers le pavillon qu'il a plus ou moins complètement franchi. L'un de ses pôles (pôle externe) fait alors saillie dans l'abdomen, écartant devant lui les franges qui s'étalent à sa surface.

La distinction entre avortement tubaire complet et avortement incomplet est d'ordre macroscopique. En effet, mê-

me si l'avortement paraît macroscopiquement complet, il est rare que l'examen microscopique ne permette pas de retrouver quelques éléments déciduaux, quelques fragments de villosités encore adhérents à la paroi de la trompe. On peut donc admettre que l'avortement tubo-abdominal est d'ordinaire histologiquement incomplet.

L'ovaire du côté malade est, lui aussi, plus volumineux que normalement, il présente un gros corps jaune de grossesse.

L'utérus est augmenté de volume (12 à 14 centimètres) sa consistance est ramollie comme celle d'un utérus gravide. La muqueuse utérine est transformée en caduque. On sait du reste que cette caduque sera éliminée de façon plus ou moins complète au cours de l'évolution de la grossesse extra-utérine.

Du côté opposé à la grossesse ectopique, les annexes subissent encore quelques modifications. Tuméfaction et sinuosités de la trompe qui contient parfois du sang en petites quantités. Le pavillon a tendance à s'obturer. Parfois même il est complètement fermé (hématosalpinx). On a pu croire ainsi à tort dans quelques cas, à l'existence d'accidents bilatéraux. VIAL (thèse de Nancy 1899) signale que les trompes peuvent devenir le siège d'altérations pathologiques après les avortements tubaires (salpingites) ; exceptionnellement, les débris de l'œuf peuvent subir une transformation néoplasique et devenir le point de départ de déciduomes.

L'avortement tubaire s'accompagne toujours d'une hémorragie intra-péritonéale dont l'abondance a été et est encore diversement appréciée. On a longtemps admis, en effet, que cette hémorragie était de peu d'importance et, du reste, passait souvent inaperçue cliniquement. L'épanchement sanguin restant localisé en un point de la cavité abdominale, l'hémostase pouvait se faire spontanément, sans

le secours d'une intervention chirurgicale immédiate, les phénomènes hémorragiques se terminant par l'organisation d'une hématocèle rétro-utérine ou péri-tubaire. On considérerait encore que ces hématocèles, de volume réduit, étaient capables de résorption spontanée.

Aux épanchements limités que l'on vient de décrire, on opposait l'hémorragie foudroyante, provoquant l'inondation du péritoine par une grande quantité de sang liquide, conséquence de la rupture de la trompe gravide. On estime actuellement que cette schématisation des faits est quelque peu arbitraire. Des observations très nombreuses d'avortements tubaires causant des inondations péritonéales avec une symptomatologie particulièrement grave ont été publiées par les auteurs français et étrangers. (L'observation qui sert de point de départ à ce travail, fournit une nouvelle preuve de cette notion).

L'inondation péritonéale dans l'avortement tubaire se verrait surtout dans les cas d'avortement incomplet ou avec rétention intra-tubaire d'un placenta incomplètement décollé. Dans ces cas, en effet, l'hémorragie peut être « prolongée, abondante et grave » (REYNAUD: « Hémorragies dues aux grossesses tubaires sans rupture de la trompe. » *Annales de Gynécologie et Obstétrique*, 1910, page 700.)

En résumé, envisagé du point de vue anatomo-pathologique, l'avortement tubaire peut être complet ou incomplet, il s'accompagne de phénomènes hémorragiques toujours importants et parfois d'une exceptionnelle gravité. D'autre part, que l'avortement appartienne à l'une ou l'autre des catégories que l'on vient de décrire, qu'il soit suivi de la constitution d'une hématocèle ou provoque une inondation péritonéale, il est exceptionnel qu'il ne soit pas suivi de la mort de l'œuf. La grossesse abdominale secondaire à l'avortement tubaire doit en effet être considérée comme une éventualité des plus rares.

DEUXIEME PARTIE

ETUDE CLINIQUE

Nous essayerons dans ce chapitre, de décrire tout d'abord la symptomatologie classique de l'avortement tubo-abdominal. Nous verrons ensuite les différents aspects cliniques que cette complication des grossesses ectopiques peut revêtir et nous en ferons chemin faisant le diagnostic.

1° Les auteurs classiques admettant habituellement que, dans sa forme la plus fréquente, l'avortement tubo-abdominal donne des signes peu importants d'hémorragie intra-abdominale puisqu'il ne s'accompagnerait que d'un épanchement intra-péritonéal d'abondance modérée. C'est là un caractère qui l'oppose dans une certaine mesure à la rupture tubaire avec son « inondation péritonéale » caractéristique. Par contre, si l'hémorragie est peu importante d'emblée, dans la forme classique de l'avortement tubaire, on constate souvent sa *répétition* sous forme de crises successives, susceptibles de provoquer un état d'anémie marquée, état qui, pour certains est même un symptôme caractéristique de l'affection.

La symptomatologie classique serait donc la suivante : Les malades présentent des crises abdominales douloureuses d'intensité variable mais généralement à début assez brusque. La douleur a son siège dans le bas ventre et, plus spé-

cialement du côté de la trompe gravide. Des irradiations douloureuses se font vers la région lombaire et la face antérieure des cuisses. Parfois aussi, et cela est très important, coïncidant avec le moment même où se fait l'avortement, les malades accusent une douleur vive à siège sous-costal. Mais ce dernier signe est peut-être plus net dans la rupture que dans l'avortement tubaire. L'abdomen est légèrement ballonné, il y a des nausées et même des vomissements.

Du côté de l'appareil génital lui-même, un signe de très grande valeur est constitué par les *métrorragies*. Le sang expulsé est de couleur foncée, parfois même noirâtre, d'aspect poisseux et d'odeur souvent fétide. En même temps que les hémorragies utérines, on peut observer l'élimination de fragments de muqueuse utérine sous forme de caduque, ces fragments sont plus ou moins reconnaissables et leurs dimensions sont variables. Il arrive encore assez fréquemment que l'hémorragie se produise au moment présumé d'une période menstruelle. Mais il est souvent difficile de préciser exactement si les règles ont manqué ou non. Fréquemment les malades ne peuvent pas renseigner sur ce point. Dans bon nombre de cas, il n'y a pas eu de défaut de menstruation. Le plus souvent cependant, il y a un retard de règles de 1 ou 2 mois. Le symptôme « métrorragie » accompagné de l'expulsion de débris membraneux en acquiert bien entendu une valeur diagnostique bien plus considérable. *Le toucher vaginal* donne des renseignements assez imprécis, en cas d'avortement tubaire banal. Il a cependant quelquefois pu permettre de sentir une masse, du volume approximatif d'une orange, située dans l'un ou l'autre des culs-de-sac latéraux du vagin. A vrai dire, c'est là plutôt un signe de grossesse ectopique qu'un symptôme d'avortement

en train de s'effectuer. Mais il est possible de révéler par le toucher vaginal, des symptômes de plus grand intérêt.

La modification de la consistance du cul-de-sac de Douglas qui perd sa souplesse normale pour devenir pâteux parce qu'il commence à se remplir de sang, est considérée comme un signe pathognomonique de l'avortement tubaire par SOLOWIG et BERTOLINI. Nous verrons cependant plus loin combien, s'il est possible de penser, grâce aux signes ci-dessus, à l'interruption d'une grossesse ectopique, il est d'autre part extrêmement difficile de savoir si cette grossesse tubaire se termine par avortement ou par rupture.

La crise initiale de l'avortement passée, quels en seront les reliquats. L'un de ces reliquats, le plus souvent constatés est la formation d'une hématocele; nous verrons plus loin ce qu'il y a lieu de connaître de ce mode d'évolution.

2° *Avortement tubaire précoce.*

La précocité de l'avortement tubaire peut être telle (deuxième ou troisième semaine de l'évolution de la grossesse ectopique) que la malade ne se doute même pas de son état de gestation. Brusquement, au cours de ses occupations habituelles, et sans que rien ait pu faire prévoir la possibilité d'une complication, la malade ressent une vive douleur abdomino-pelvienne et, en même temps, accuse une tendance syncopale marquée. C'est dans les cas de cet ordre que le symptôme « anémie précoce et rapidement grave » attire tout particulièrement l'attention. Les auteurs insistent cependant sur le fait assez paradoxal que, malgré la gravité de l'anémie et contrastant avec elle, le pouls reste lent... L'abdomen garde sa souplesse et, au palper comme au toucher, l'utérus se montre en situation normale.

On ne perçoit pas de tumeur dans les culs-de-sac latéraux du vagin. Seul le Douglas est douloureux et vaguement empâté mais cette consistance n'a pas la netteté que l'on pourrait percevoir au cours des avortements tubaires d'évolution normale. Enfin, quelques pertes noirâtres font issue par l'orifice du col utérin.

En somme, en l'absence de commémoratifs nets, on portera le diagnostic de rupture ou d'avortement tubaire précoce par la notion d'anémie rapidement grave, et le léger retard de règles.

3° *Avortements tubaires jeunes à évolution ralentie*

Nous avons indiqué que l'avortement tubaire peut être si précoce que l'état de grossesse ait passé inaperçu. A plus forte raison, est-il souvent impossible de penser à l'hypothèse d'une grossesse ectopique: la trompe gravide est encore trop peu augmentée de volume pour que l'on puisse la déceler par le toucher vaginal. On ne pousse donc pas habituellement le diagnostic plus loin que celui de grossesse normale.

Cependant, quelques pertes sanguines de sang rouge ou de couleur de marc de café ont parfois attiré l'attention; elles sont l'indice du décollement de l'œuf et de sa mort. Mais, plus souvent encore, elles sont confondues avec un avortement utérin banal. Le diagnostic n'est rectifié qu'au moment où l'on constate une hématocele. Par ailleurs, les difficultés du diagnostic s'augmentent du fait *que plus la grossesse serait jeune, plus l'avortement tubaire évoluerait « au ralenti » et à bas bruit.* Comment dès lors, faire avant la constitution de l'hématocele, le diagnostic de ces *avortements tubaires à évolution ralentie* sur lesquels REEB attirait récemment l'attention?

On a pensé pouvoir arriver à un résultat par l'examen micro et macroscopique de la caduque ou des lambeaux de la caduque expulsés avec les pertes utérines. Mais, on sait actuellement que le fait qu'un sac décidual a été expulsé ne permet pas à lui seul de faire le diagnostic rétrospectif de grossesse ectopique (cas de pseudo-grossesses par persistance du corps jaune menstruel et de certains cas de kystes lutéïniques). L'examen microscopique de la caduque ne renseigne pas d'une façon plus précise. Le microscope permet cependant de diagnostiquer la dysménorrhée membraneuse, et cela d'une façon relativement précise. Dans cette dernière affection, en effet, la caduque est mince, elle est constituée par des plages de cellules déciduales avec des hémorragies de la fibrine et des zones nécrotiques dans lesquelles on retrouve des lymphocytes. La différenciation entre avortement utérin banal et avortement tubaire à évolution ralentie n'est donc pas possible par l'examen micro et macroscopique des débris de caduque utérine.

Diagnostic par le curettage. — On s'est alors proposé d'approfondir au moyen du curettage l'étude de ce diagnostic. Mais on a reproché peut-être à tort, au curettage de présenter des dangers au cours de la grossesse tubaire. Cependant, il faut savoir que si la grossesse ectopique évolue depuis plusieurs semaines et, à plus forte raison, depuis plusieurs mois, la muqueuse utérine, dont on ramène des fragments par le curettage, présente une transformation déciduale avec cellules du type d'Opitz. Ces particularités ne se retrouvent pas dans l'avortement tubaire jeune à évolution ralentie. Dans ces cas, on voit le plus souvent une muqueuse sans transformation déciduale, paraissant en pleine phase de régénération, absolument comparable à celle que l'on voit à la phase de régénération du cycle menstruel normal. Donc, une muqueuse

sans transformation déciduale n'exclut pas la possibilité d'une grossesse extra-utérine. Le curettage ne peut donc pas apporter la solution du problème diagnostique que nous envisageons.

Diagnostic biologique. — Que penser de la valeur des *méthodes de diagnostic biologique* de la grossesse pour dépister une grossesse ectopique ou un avortement tubaire dès leur début? (Voir sur ce point: G. FAYOT: « Les méthodes de laboratoire dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine au début », *Montpellier Médical*, n° du 15 mars 1933.)

Le diagnostic biologique de la grossesse ectopique ou des avortements tubaires jeunes devra être pratiqué non en s'adressant au procédé de ASHEIM et ZONDECK avec la souris comme animal témoin, mais avec les méthodes de FRIEDMANN-BROUHA qui utilisent la lapine impubère et qui peuvent ainsi obtenir un résultat au bout de 36 à 48 heures seulement. Or, en ce qui concerne la grossesse extra-utérine, le facteur temps est loin d'être sans intérêt. Nous n'indiquons pas ici la technique aujourd'hui universellement connue de la réaction de BROUHA. Cette réaction peut être mise en train dans plusieurs conditions:

Veut-on faire le diagnostic entre grossesse normale et grossesse extra-utérine, ou encore s'agit-il d'un avortement banal ou d'un avortement tubaire? La réaction est tout à fait sans utilité puisque, dans l'un comme dans l'autre cas, elle est positive dans une proportion de 98 %.

Veut-on faire la discrimination entre une annexite ou des accidents consécutifs à un avortement tubaire jeune?

Si la réaction reste négative, on pourra seulement en tirer une présomption en faveur de l'annexite si le Brouha est pratiqué *moins de huit jours* après les accidents en question. Mais la réaction est également négative si l'avortement tubaire s'est fait depuis plus de huit jours. Les vil-

losités ne sont plus en activité et séparées de la circulation maternelle. Une réaction négative est donc sans valeur réelle. Une réaction positive donne la presque certitude qu'il y a bien grossesse ectopique ou accident dû à cette grossesse si, bien entendu, la grossesse normale a pu être éliminée d'une manière indiscutable.

Enfin, si l'on veut faire la discrimination entre dysménorrhée membraneuse et avortement récent, la réaction de Brouha devient utile puisqu'on sait qu'elle est négative dans la dysménorrhée membraneuse.

En résumé, le diagnostic des avortements tubaires jeunes à évolution ralentie paraît être extrêmement délicat du moins « avant l'hématocèle ». Un seul signe clinique serait vraiment important (REEB), c'est la persistance de petites hémorragies, de légères pertes sanguines presque journalières après le curettage, la cavité utérine étant certainement débarrassée de tous les débris de caduque, les hémorragies ne cesseront qu'après l'ablation de la trompe et de l'œuf.

Nous avons, on le voit, insisté quelque peu sur les avortements tubaires récents à évolution ralentie. C'est qu'il s'agit d'un chapitre encore discuté de la question des avortements tubaires. C'est aussi à propos de ces formes que se posent de délicats problèmes de diagnostic, problèmes que nous nous sommes efforcés de signaler et de discuter.

4° Avortement tubaire avec inondation péritonéale

Il est classique de dire que l'hémorragie interne donnée par l'avortement est moins importante que celle que l'on peut voir dans les cas de rupture de la trompe. « Dans la majorité des avortements tubaires, écrit VIAL dans sa thèse, rien qui rappelle le syndrome ordinairement si dramatique de la rupture ». Cette formule nous paraît devoir être rectifiée. L'avortement tubaire peut lui aussi donner lieu à la grande inondation péritonéale avec accidents cataclysmi-

ques. C'est là une notion relativement récente et que les interventions chirurgicales ont permis de vérifier avec une fréquence croissante. Il faut cependant reconnaître que les formes avec inondation cataclysmique ne sont pas les plus fréquentes.

S'il y a inondation péritonéale, nous observerons chez notre malade précédemment en pleine santé apparente mais avec des signes plus ou moins nets de probabilité de grossesse, une *très vive douleur* abdominale, souvent douleur haute et qui a pu être attribuée à des accidents d'origine hépatique, vésiculaire ou gastrique, syncopale, apparue avec la plus grande brusquerie. En même temps, on note des signes d'hémorragie interne abondante: pâleur et décoloration des lèvres, abaissement de la température, pouls petit et rapidement filant, sueurs froides, etc., etc... Ces signes déjà graves peuvent encore s'aggraver et la malade mourir dans un laps de temps relativement court, de quelques heures seulement dans les cas les plus rapides. Mais il est des cas où l'inondation péritonéale consécutive à l'avortement tubaire évolue de façon moins défavorable, le sang épanché tendant à s'organiser sous forme d'hématocèle. (Nous verrons plus loin cette autre forme d'avortement tubaire.)

Il est à signaler dans ces formes avec inondation péritonéale, que le retard des règles est extrêmement variable (de 2 à 3 semaines à trois mois). La même variabilité s'observe dans l'intensité et le mode d'apparition des symptômes douloureux. Certains auteurs ont signalé des cas où même avec une hémorragie intra-péritonéale très abondante (contrôlée opératoirement) les douleurs sont restées peu intenses passant même parfois presque inaperçues.

Il y a donc toute une échelle de gravité des signes fonctionnels de l'avortement tubaire s'accompagnant d'hémor-

ragie intra-péritonéale abondante. Peut-on contrôler par l'examen physique gynécologique, l'importance des lésions de l'appareil génital?

On notera souvent une légère augmentation du volume de l'abdomen. Un peu de ballonnement, de l'hyperesthésie cutanée surtout au niveau de la fosse iliaque du côté lésé. Néanmoins, le siège de la douleur ne correspond pas toujours d'une façon absolue avec la trompe lésée. Les fosses iliaques, la région de l'hypogastre, parfois le creux épigastrique ou le rebord costal sont les points les plus souvent signalés dans les observations. (Rappelons que la malade de notre observation n° 1 présentait une contracture abdominale douloureuse généralisée qui rendait l'examen clinique très difficile.)

Le *toucher* vaginal donne également des signes un peu variables suivant les cas. D'une manière générale, il est difficile de le pratiquer parce qu'il est très douloureux. On ne peut cependant s'en abstenir. Les douleurs sont particulièrement intenses dans la région du cul-de-sac de Douglas dont la consistance est le plus souvent pâteuse. On peut encore percevoir dans le Douglas, ou dans un cul-de-sac latéral du vagin, la masse formée par la trompe où s'est développée une grossesse ectopique. (Dans nos observations n°s 1 et 2, le toucher avait nettement montré ces masses, latérales à l'utérus.) L'utérus lui-même n'est pas toujours augmenté de volume. Le col utérin reste le plus souvent fermé. Le doigt qui a exploré les culs-de-sac du vagin, ramène du sang à la fin de l'examen.

Nous avons à maintes reprises signalé la présence de métrorragies avec expulsion de caduque, comme un signe important de grossesse ectopique compliquée de rupture ou d'avortement. Il est remarquable que l'expulsion de caduque n'est pas toujours observée dans les avortements

tubaires avec inondation péritonéale. Alors qu'au contraire elle constitue un signe presque constant des formes à évolution plus ralentie.

Le *diagnostic* des avortements tubaires avec inondation péritonéale est souvent difficile. Le « drame abdominal » par inondation sanguine de la séreuse a pu faire parfois confondre un avortement tubaire avec d'autres affections brutalement douloureuses de l'abdomen telles que appendicite perforée, pancréatites hémorragiques, torsions de tumeurs abdominales, péritonites à formes toxique, différentes coliques (*hépatiques* ou *néphrétiques*), etc... Chacune de ces affections dont le diagnostic serait à étudier en particulier, se caractérise par des signes propres que l'étude des commémoratifs vient rapporter à leur véritable origine. Si les métrorragies ont été un peu abondantes, on pensera plus volontiers qu'il s'agit d'un avortement banal. Cependant, les hémorragies de la fausse couche banale sont plus abondantes que celles de l'avortement tubaire. D'autre part, s'il a été malaisé de se faire une idée exacte de la quantité de sang épanché, la douleur, la perception d'une masse de consistance pâteuse dans le Douglas, ou dans un cul-de-sac latéral, feront penser à la grossesse ectopique en voie d'interruption.

Reconnaissons cependant que ces divers diagnostics sont quelque peu théoriques. Généralement, les signes d'hémorragie interne grave chez une femme qui a présenté un retard de règles plus ou moins net, la douleur dans le Douglas, les signes donnés par le toucher vaginal, constituent un ensemble symptomatique assez net pour que l'on arrive au diagnostic de grossesse tubaire interrompue.

L'interruption est-elle le fait d'une rupture ou d'un avortement, cela constitue un autre problème sur lequel BRINDEAU attirait récemment encore l'attention, insistant sur le

fait que le diagnostic était difficile, même après l'intervention et les pièces opératoires en main. En effet, la trompe est très fragile et se rompt très facilement. On conclut ainsi parfois à tort à une fissuratoïn qui n'existait pas réellement. Ces considérations sont basées sur une statistique de 52 grossesses tubaires parmi lesquelles 26 cas nets d'avortement. Ces avortements tubaires concernaient toujours des grossesses jeunes (de 1 à 3 mois) et de siège ampullaire. Si la trompe lésée est entourée d'une hématoçèle enkystée, si la perforation est minime et enfouie dans des caillots sanguins, le diagnostic est presque impossible, même après la laparotomie. On conçoit facilement, d'après ce que l'on connaît de la symptomatologie des deux éventualités qu'il soit encore plus difficile de faire ce diagnostic cliniquement. On peut penser plutôt à l'avortement qu'à la rupture si les signes d'inondation (qui nous sont connus) ont évolué un peu au ralenti ou si l'on a constaté des symptômes d'hématoçèle (symptômes que nous décrirons plus loin). La brutalité des signes cliniques, la douleur syncopale dont le maximum est au niveau du cul-de-sac de Douglas font plutôt penser à la rupture.

Quelques coliques tubaires, des métrorragies répétées accompagnées de l'expulsion de débris de caduque font par ailleurs pencher le diagnostic en faveur de l'avortement. Néanmoins, ces divers signes sont très loin d'avoir une valeur absolue et il faut bien admettre l'impossibilité où l'on se trouve de faire le diagnostic clinique entre avortement et rupture tubaire. Cette différenciation n'a du reste qu'un intérêt purement théorique puisque la conduite thérapeutique est la même dans l'une et l'autre hypothèse.

5° On a donc vu que l'avortement tubaire peut, en s'accompagnant d'une hémorragie intra-péritonéale grave, donner un syndrome extrêmement brutal d'inondation cataclysmique qui indique formellement une intervention chirurgi-

que qui indique formellement une intervention chirurgicale immédiate. Mais il n'en est pas moins vrai que l'avortement tubaire donne encore plus souvent une inondation progressive qu'une inondation vraiment cataclysmique. Les douleurs, les métrorragies avec expulsion de caduque, le tout évoluant par poussées successives, caractérisent bien ce tableau clinique. La gravité de plus en plus importante des crises qui, par ailleurs, s'accompagnent souvent de tendance lypothimique, fait penser à la grossesse extra-utérine et à cette variété d'inondation péritonéale qui a été dite « *inondation sans symptômes immédiatement graves* » (JAROUSSE). Si on recherche alors les signes d'hémorragie intra-péritonéale, on a la surprise de constater qu'ils sont peu marqués. Le pouls est à peine accéléré, il y a une légère tendance à la syncope, le facies est d'une pâleur qui ne cesse de s'accroître. Enfin, on a pu noter une légère élévation de la température.

L'interrogatoire révèle un retard de règles. Le toucher, beaucoup plus intéressant, fait parfois sentir une masse de consistance molle et peu douloureuse, séparée de l'utérus par un sillon, masse qui n'est autre que la trompe gravide.

Le diagnostic de ces variétés d'avortement tubaire, qui bien qu'ils soient la cause d'une abondante hémorragie, donnent des troubles fonctionnels peu caractéristiques, est encore plus difficile que celui des formes cataclysmiques. On pensera à éliminer successivement: la fausse couche banale, première hypothèse qui vient à l'esprit chez une malade qui souffre et présente des métrorragies après un retard de règles. Il sera bon d'examiner méthodiquement tout ce que perd la malade: des fragments placentaires retrouvés dans les pertes aident à diagnostiquer l'avortement banal. En effet, dans l'avortement tubaire, on ne trou-

ve aucun fragment ovulaire. On a même conseillé de pratiquer un curettage explorateur si l'on croit à une rétention placentaire banale. Les fragments retirés par le curettage sont examinés au microscope. Celui-ci, dans le cas d'avortement utérin ordinaire permettra de retrouver des villosités dans les débris.

On tâchera en second lieu d'éliminer le diagnostic de *salpingite*: Cette recherche clinique sera facilitée si l'on examine avec un soin suffisant les caractères de la masse latéro-utérine perçue par le toucher. Dans le cas de salpingite et s'il s'agit d'une trompe qui n'est pas entourée de fausses membranes, on perçoit, on le sait, une poche à parois peu épaisses, parfois fluctuante, quelquefois mobile et dépressible occupant le cul-de-sac latéral. Cependant, les salpingites sont rarement unilatérales, l'un des côtés est évidemment toujours plus atteint que l'autre, mais l'unilatéralité des salpingites est chose rarement observée. On sait qu'au contraire, la grossesse ectopique constitue une masse nettement unilatérale.

On a mentionné aussi la difficulté de faire une différenciation entre grossesse ectopique et grossesse angulaire, l'utérus se ramollissant tout particulièrement au niveau de la corne dans ce dernier cas. On signale que la masse serait plus antérieure dans la grossesse angulaire que dans la grossesse tubaire. Néanmoins, le diagnostic n'est souvent fait qu'en cours d'intervention chirurgicale.

Plus rarement, enfin, des examens cliniques insuffisamment approfondis ont fait confondre des accidents dus à des grossesses tubaires compliquées d'avortement avec des affections comme les occlusions intestinales, les péritonites, une appendicite. Il nous paraît inutile d'insister ici sur les symptômes de chacune de ces affections.

En somme, on vient de voir que s'il est des formes d'avor-

tement tubaire provocatrices d'inondation péritonéale foudroyante, difficiles à différencier d'avec les ruptures tubaires, il est aussi des formes où, bien que l'épanchement sanguin soit considérable, les signes fonctionnels sont moins alarmants, mais aussi et par suite moins typiques. Cela tient au fait que l'hémorragie ne se produit pas en un seul temps mais s'échelonne en plusieurs poussées successives. Le diagnostic de ces formes est particulièrement délicat.

L'inondation cataclysmique, par avortement ou par rupture tubaire, entraîne assez rapidement la mort si l'on ne fait pas d'urgence l'hémostase par ablation de la trompe qui saigne. Les formes à évolution plus lente permettant l'organisation du sang épanché dans le péritoine, peuvent donner lieu à une nouvelle variété clinique des avortements tubaires, les hématocèles.

6° *Les hématocèles.*

L'origine des hématocèles est en effet étroitement liée à la grossesse extra-utérine. Il est hors de doute qu'elles sont presque toujours dues à un accident dans l'évolution d'une grossesse ectopique; l'avortement tubaire, ou la rupture. Etudions seulement l'hématocèle due aux avortements tubaires. Dans ce cas, le sang provient des sinus maternels ouverts par suite de l'atrophie des villosités choriales, sang veineux s'échappant sous faible pression qui aura, en outre, pour déboucher dans le péritoine, à cheminer à travers la partie externe de la trompe, de sorte que, d'une manière générale, l'hémorragie est d'abondance modérée et aurait plus de tendances à s'enkyster. D'autre part, l'état de la cavité péritonéale étant variable, la topographie de l'épanchement sanguin peut, par suite, s'en trouver modi-

fiée. (Petit épanchement dans un péritoine malade, grande hémorragie dans une séreuse saine) (SEGOND). Cela peut nous expliquer dans une certaine mesure que les hémato-cèles consécutives aux avortements tubaires ne présentent pas toujours la même disposition anatomo-pathologique et, par suite, le même aspect clinique.

Nous décrirons plus spécialement deux variétés d'hématocèles :

- a) la petite hématocèle péri-tubaire,
- b) la grande hématocèle rétro-utérine.

Nous dirons en terminant quelques mots des variétés exceptionnelles, anté-utérine et intra-ligamentaire.

a) *Petite hématocèle péri-tubaire.* — Il arrive assez fréquemment que si l'avortement tubaire survient dans la continuité de la trompe, à une certaine distance du pavillon, il ne crée pas de rupture ni de fissure ouverte dans le péritoine mais il laisse dans la région tubaire un hématome circonscrit qui peut occuper la trompe seule ou la partie avoisinante du ligament large. Il peut se faire encore que l'avortement tubaire ne soit suivi que d'un épanchement sanguin de médiocre importance qui s'enkyste rapidement et fait corps avec l'extrémité tubaire. C'est l'hématome ou l'hématocèle péri-tubaire.

Du point de vue clinique, ces hématomes péri-tubaires (LEJARS) se caractérisent de la manière suivante : Evolution rapide des accidents initiaux qui ont tourné court et datent parfois de plusieurs semaines quand on est appelé à voir la malade. Ces signes avaient consisté en troubles fonctionnels comme : irrégularité de règles, puis pertes de sang noirâtre et visqueux, entrecoupées de crises douloureuses, parfois même avec tendance syncopale.

A l'examen gynécologique, on se trouve en présence d'une masse latérale ou latéro-postérieure à l'utérus et qui, en

somme, a toutes les apparences d'une poche annexielle. On peut cependant être mis sur la voie du diagnostic par l'étude de cette masse enkystée, de sa consistance pâteuse et de son volume: ces symptômes contrastent avec l'absence fréquente de réaction fébrile et péritonéale. Souvent, de petites pertes rouges intermenstruelles persistantes aident à faire le diagnostic. On cherchera encore à le compléter par la notion de l'accident primitif: retard de règles, ictus douloureux, hémorragies, etc., etc...

Mais, dans quelques cas, le diagnostic est plus difficile: une annexite compliquée de « coliques salpingiennes » peut en imposer pour un avortement tubaire. Il y a d'autre part des salpingites apyrétiques avec métrorragies abondantes et peu de leucorrhée. On a avantage à s'aider, en pareil cas, de la réaction de Brouha, sur la lapine impubère, réaction positive tant que l'œuf est vivant, c'est-à-dire huit jours encore après les accidents initiaux contemporains de l'avortement. Il faut, bien entendu, s'être assuré auparavant que la malade ne présentait pas de grossesse utérine normale. On peut encore faire pratiquer un examen de sang: s'il y a anémie, penser à l'hématocèle péri-tubaire, si l'on trouve de la leucocytose le diagnostic inclinera vers l'hypothèse d'une infection annexielle.

Enfin, le diagnostic serait encore à discuter avec certains petits fibromes pédiculés ou des kystes de l'ovaire inclus dans le ligament large.

L'hématome péri-tubaire serait, suivant LEJARS, plus fréquent que l'inondation péritonéale ou la grande hématocèle rétro-utérine. Cet auteur signale aussi que l'on trouve parfois au cours d'une laparotomie pratiquée pour toute autre raison, de petits hématomes anciens appendus au pavillon et qui sont le reliquat d'un avortement tubaire des premiers jours ou des deux premières semaines.

b) *Grande hématocele rétro-utérine.* — Nous ne voulons pas redécrire ici les symptômes de l'inondation péritonéale. Ce sont cependant ceux par lesquels débute généralement la grande hématocele rétro-utérine. Rappelons très rapidement que dans, la grande inondation cataclysmique, les signes d'hémorragie vont en s'aggravant et que la malade peut mourir dans un laps de temps parfois très court, ne dépassant pas quelques heures. Quelquefois, les signes semblent rétrocéder mais une nouvelle syncope survient au moment où l'on considérerait la malade comme hors de danger.

Au contraire, si l'hématocele se constitue, l'hémorragie s'arrêtant progressivement, les phénomènes cliniques s'amendent. La malade se réchauffe, son pouls est moins rapide, les signes généraux évoluent vers une amélioration nette. Mais, par ailleurs, du point de vue *local*, de nouveaux signes seront à mettre en évidence. Ce sont: La présence d'une tuméfaction de formes et de dimensions variables occupant le bassin et remontant plus ou moins haut dans l'abdomen. Cette même masse est perceptible par le toucher vaginal combiné au palper de l'abdomen. Elle fait une forte saillie dans le cul-de-sac de Douglas et refoule vers le pubis le col et le corps de l'utérus. Sa consistance est d'abord molle, elle devient progressivement plus dure. La compression des organes voisins, vessie et rectum, peut être la cause de nouveaux troubles fonctionnels. Souvent aussi la résorption de la masse sanguine provoque une élévation thermique dont l'origine n'est donc pas toujours infectieuse.

L'évolution de cette hématocele peut se faire vers la résorption progressive avec diminution de la masse: l'utérus est peu à peu libéré des caillots qui l'entourent.

Malheureusement, la reprise de l'hémorragie se faisant par poussées successives, vient quelquefois entraver cette

marche vers la guérison. Il s'agit malheureusement là d'un mode d'évolution assez fréquent. Cliniquement, il se traduit par les mêmes symptômes que ceux qui ont marqué le début de l'avortement tubaire.

La poche peut encore suppurer, complication qui se caractérise par tous les signes d'une collection pelvienne suppurée. L'abcès collecté peut s'ouvrir dans le péritoine ou dans une cavité organique (vessie, rectum). Ce dernier mode n'est pas favorable car le pus risque de s'évacuer incomplètement, d'où des phénomènes de septicémie.

Nous ne pensons pas non plus, et cela pour éviter des redites, avoir à refaire ici le diagnostic des accidents cataclysmiques précédant la constitution des hématoçèles. C'est la série entière des états péritonéaux graves qu'il faudrait à nouveau passer en revue.

Quand l'hématoçèle est enkystée, elle est à diagnostiquer d'avec toutes les tumeurs rétro-utérines. On devra penser : à une rétroversion utérine adhérente, à une annexite avec péritonite et annexes prolabées dans le Douglas. On pourrait à la rigueur s'aider de la ponction exploratrice du Douglas qui, ramenant du pus ou du sang, montrera à quelle affection on a affaire. Il faut penser aussi aux kystes, aux fibromes enclavés dans le Douglas et bloquant l'utérus. Une hématoçèle de très grosses dimensions, augmentée de volume par des poussées successives, a pu être confondue avec une tuberculose péritonéale ou un gros kyste végétant ovarien. L'erreur est surtout possible s'il existe des troubles de compression, comme cela se produit si l'épanchement sanguin intra-pelvien entoure les organes génitaux d'une véritable gangue.

c) *Hématoçèle ante-utérine et hématoçèles intra-ligamentaires.* — Ce sont des variétés tout à fait rares :

1° Si le Douglas a été oblitéré par des adhérences ou par des annexes prolabées, ou encore si l'utérus est en rétro-

version, le sang, ne trouvant pas de place en arrière de l'utérus, vient se collecter *en avant* de lui, dans le cul-de-sac vésico-utérin. Il en résulte une *hématocèle ante-utérine*. C'est une éventualité rare.

2° L'hématocèle intra-ligamentaire ou extra-péritonéale est encore plus exceptionnelle. Le sang provenant de l'avortement tubaire est épanché sous le péritoine mais il faut pour cela que la source de l'hémorragie siège exactement entre les deux feuillets du ligament large. On conçoit que ce mode d'évolution des avortements tubaires n'est pour ainsi dire jamais observé. Si cependant il existe, le ligament large sera dédoublé par le sang qui s'insinue entre ses deux feuilles et, de là, peut se répandre dans la fosse iliaque, vers la région vésicale, le sacrum et même le creux ischio-rectal (LEJARS).

En résumé, l'avortement tubaire peut donner lieu à des tableaux cliniques assez variés allant de l'hémorragie intra-péritonéale grave mais non foudroyante qui est la forme clinique la plus courante, jusqu'à l'inondation avec phénomènes cataclysmiques, forme plus fréquente que ne le disent les classiques. Le diagnostic de ces diverses formes a été envisagé par nous au fur et à mesure de notre description. Certaines variétés d'avortement tubaire jeune ont une symptomatologie remarquablement silencieuse; leur diagnostic, avant l'hématocèle, est des plus délicats.

On peut admettre que, d'une manière générale, l'avortement tubaire donne lieu à des symptômes moins brutaux que ceux de la rupture tubaire. Son évolution se fait assez souvent vers l'hématocèle qui revêt alors soit une forme péri-tubaire, soit plus fréquemment sa forme rétro-utérine.

Nous avons vu, enfin, qu'en raison de la similitude de leurs signes, le diagnostic entre rupture et avortement tubaire était excessivement difficile, pour ne pas dire impossible, même après l'intervention.

PRONOSTIC

Il résulte de l'étude clinique que l'on vient de lire, que le pronostic de l'avortement tubaire est sensiblement superposable à celui de la grossesse extra-utérine envisagée de façon générale. C'est dire que c'est un pronostic habituellement grave, même « *quad vitam* ». Cette opinion, aujourd'hui universellement admise, n'était pas celle des auteurs anciens qui, ayant observé un petit nombre de cas d'avortement tubaire, faisaient une grande différence entre son pronostic et celui de la rupture tubaire. Nous avons pu lire au cours de nos recherches la phrase suivante: « Le pronostic de l'avortement tubaire, *par lui-même favorable*, ne se trouve assombri que dans ses conséquences lointaines et heureusement aléatoires » (VIAL, 1899). Nous savons bien actuellement que l'avis exprimé ci-dessus ne correspond pas tout à fait exactement à la réalité des faits; dans un cas comme dans l'autre, des accidents hémorragiques apparaissent, qui peuvent avoir les plus fâcheuses conséquences. Cependant, il a été possible d'observer des cas qui se sont terminés par la résorption de l'œuf et des caillots.

TRAITEMENT

Le traitement de l'avortement tubaire est le même que celui de la grossesse extra-utérine. « Il n'y a aucune différence à faire à ce point de vue entre l'avortement et la rupture » (JAROUSSE). Nous pouvons répéter ici encore ce que nous avons dit à propos du pronostic, à savoir qu'il ne semble pas que l'on doive admettre pour l'avortement tubaire une bénignité particulière. La plupart des auteurs admettent à l'heure actuelle que le traitement doit être chirurgical et opératoire. Il n'en était pas ainsi il y a une trentaine d'années. « L'avortement tubaire guérit souvent sans opération, écrit MEINERT (1897), et souvent même sans avoir été diagnostiqué ». D'autres auteurs étaient moins systématiquement abstentionnistes et pensaient que la temporisation était de mise en présence de tout avortement évoluant simplement, sans éclat, au milieu de symptômes peu alarmants: le repos absolu au lit, le traitement symptomatique des douleurs pelviennes et des hémorragies permettant d'attendre avec une certaine tranquillité la formation d'une hématocele, elle-même habituellement susceptible de résorption spontanée. On pensait cependant que cette expectation devait rester toujours prudente et vigilante, avec surveillance rigoureuse de la malade, le chirurgien se tenant prêt à intervenir à la moindre alerte.

Il semble que l'on soit devenu actuellement beaucoup

plus interventionniste. Le traitement de l'avortement tubaire et de ses complications paraît devoir être envisagé de la manière suivante:

a) S'agit-il d'avortement tubaire avec hémorragie intrapéritonéale libre et très abondante? L'hémorragie n'est pas en général immédiatement mortelle. L'opération doit être faite rapidement mais cependant sans précipitation inutile, car il faut aussi tenir compte de l'état de choc qui pourrait contre-indiquer une intervention. Sous anesthésie générale, de préférence à l'éther, il faut, après une laparotomie médiane sous-ombilicale, aller à la recherche de la trompe qui saigne et en pratiquer l'ablation. L'hémostase doit être très soignée. On fera la ligature isolée de l'utérine au niveau de la corne utérine et des vaisseaux utéro-ovariens. On a conseillé également de faire une résection cunéiforme de la trompe gravide de manière à *éviter les récurrences de grossesse ectopique sur un moignon de trompe*. La paroi sera refermée après ablation des caillots et du sang liquide contenu dans le péritoine. Le drainage est inutile. Selon certains (LECÈNE et LERICHE), il doit même être « absolument proscrit ».

L'intervention sera suivie d'une injection de 500 cc. environ de sérum physiologique destiné à remplacer la masse sanguine spoliée. On peut encore, si l'on se trouve en milieu cutillé, pratiquer une transfusion sanguine.

b) Si l'on se trouve en présence d'hémorragies intra-péritonéales se faisant en plusieurs temps (et c'est une éventualité fréquente en matière d'avortement tubaire), la conduite à tenir est la suivante: Bien que le syndrome clinique ne paraisse pas aussi alarmant que dans le premier cas, l'intervention semble revêtir un caractère d'urgence encore plus marqué. En effet, ces hémorragies intra-péritonéales peuvent se répéter plusieurs fois et une nouvelle hémor-

ragie peut brusquement, en quelques heures, mettre la malade en danger de mort rapide. Aussi, sous anesthésie générale, et comme dans le premier cas, on incisera la région sous-ombilicale, on procèdera à l'ablation des caillots et à la résection de la trompe gravide. L'hémostase étant faite, on s'assurera que l'autre côté ne présente pas de lésions annexielles demandant l'ablation de l'autre trompe; dans le cas de salpingite, on est autorisé à pratiquer une hystérectomie subtotale. Si, au contraire, la trompe non gravidique est saine, il ne faut pas, sous le prétexte que la grossesse ectopique récidive parfois, faire l'hystérectomie.

c) Supposons maintenant que nous ayons affaire à une hématoçèle rétro-utérine classique. Il est très important, du point de vue des indications opératoires, d'en avoir fait le diagnostic exact, en particulier avec les annexites subaiguës. En effet, s'il s'agit d'une annexite subaiguë, l'opération abdominale immédiate sera contre-indiquée. Elle est au contraire très nécessaire s'il s'agit d'une hématoçèle.

La ponction exploratrice du Douglas est considérée par certains (LECÈNE et RICHE) comme le meilleur moyen de diagnostic dans les cas douteux. Si le trocart ramène du pus (annexite ou hématoçèle suppurées) il faut intervenir par la voie vaginale au moyen d'une *colpotomie* postérieure suivie de drainage. Si le trocart ramène du sang (hématoçèle non infectée), c'est par laparotomie médiane sous-ombilicale qu'il faudra intervenir. La colpotomie postérieure peut donner naissance à une hémorragie grave pour laquelle une intervention par voie abdominale deviendra nécessaire. S'il ne se produit pas d'hémorragie nouvelle, il faudra redouter l'infection secondaire du foyer hémorragique déjà existant. On sera parfois obligé de faire une hystérectomie subtotale surtout dans les hématoçèles anciennes et très adhérentes. Ne pas s'efforcer d'enlever la totalité de la

paroi de l'hématocèle qui peut être très adhérente au colon pelvien ou au rectum, on risquerait de léser ces derniers organes. Après ablation des caillots, il est bon de cloisonner le pelvis par sutures vésico-sigmoïdiennes et de refermer sans drainage. Si les lésions sont très anciennes ou si on pense que l'intestin a pu être lésé, on mettra une mèche ou un drain. Enfin, si l'ablation de l'hématocèle laisse une vaste poche cruentée ou que l'on redoute des phénomènes infectieux, on pourra drainer à la Mickulicz.

c) Dans le cas d'hémorragie intra-ligamentaire, exceptionnelle du reste, l'indication opératoire est formelle. Comme chaque fois que l'on intervient pour une collection intra-ligamentaire, il faut être très prudent et veiller à ne pas léser l'uretère particulièrement exposé en pareil cas.

Ces diverses interventions ont permis d'enregistrer des succès thérapeutiques très nombreux.

La mortalité opératoire s'élèverait à : 10 à 12 % dans les inondations péritonéales, 4 à 5 % dans les hémorragies plus minimes. La mortalité opératoire de l'hématocèle non infectée est généralement estimée à 4 à 5 %. Elle est plus élevée si l'hématocèle infectée a dû être ouverte par le vagin (15 à 20 %).

Les causes de mort sont, suivant les cas, l'anémie aiguë, les embolies pulmonaires, les infections secondaires.

Malgré ces accidents qui viennent assombrir le pronostic opératoire, on peut admettre avec LECÈNE que « ces interventions d'urgence qui permettent de sauver tant de jeunes femmes autrement sûrement perdues, sont une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne ».

CONCLUSIONS

- 1° L'avortement tubaire est caractérisé par l'expulsion de l'œuf décollé hors de la trompe, la paroi de celle-ci restant intacte.
 - 2° L'avortement tubo-utérin existe, mais il est d'une exceptionnelle rareté. C'est l'avortement tubo-abdominal qui est la règle.
 - 3° L'avortement tubaire paraît au moins aussi fréquent que la rupture. On le voit succéder à la grossesse am-pullaire dont il est une complication précoce.
 - 4° L'avortement tubaire peut être complet ou incomplet. Il s'accompagne de signes cliniques et d'accidents hémorragiques d'importance variable allant depuis les formes à évolution ralentie jusqu'au syndrome d'inondation péritonéale le plus typique.
 - 5° Le pronostic de l'avortement tubaire doit être considéré comme grave. Cependant, la guérison complète par résorption de l'œuf et des caillots est possible.
 - 6° Le traitement de l'avortement tubaire est le même que celui de la rupture. Il est essentiellement chirurgical. L'exérèse de la trompe est légitimée par la possibilité de récidives.
-

TROISIEME PARTIE

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

publiée par MM. N.-C. LAPEYRE et ESTOR

(Réunion obst. et gyn. de Montpellier, juin 1934)

Madame F..., âgée de 24 ans, entrée le 18 février 1934 pour métrorragies. A. H. et A.P. rien à signaler.

Antécédents gynécologiques: réglée pour la première fois à 13 ans, depuis lors, les règles avancent de 3 jours et leur abondance s'est accrue depuis quelques mois.

Une grossesse, accouchement à terme, normal, allaitement pendant 18 mois, en 1927.

Réglée du 22 au 26 décembre 1933,

» 27 janvier au 3 février 1934,

» 13 février au jour de l'entrée à l'hôpital.

L'écoulement sanguin n'a pas eu de caractères pathologiques jusqu'au 15 février 1934.

Le 15 février 1934, au soir, apparition soudaine d'une douleur dans la région sacro-coccygienne. En un quart d'heure environ, la douleur envahit le pelvis et l'abdomen. La malade est obligée de se coucher en « chien de fusi' ».

Un vomissement, mais pas de lipotymic. Température non prise. Pas d'augmentation des métrorragies.

Le 16 février 1934: Les douleurs ont diminué et la malade se lève et se livre aux travaux de son ménage. Mais dans la matinée, réapparition des symptômes douloureux avec les mêmes caractères que la veille. Un vomissement. Dans la soirée, accentuation des symptômes douloureux, trois vomissements et accentuation des pertes sanguines. Les douleurs persistent dans la nuit suivante et s'irradient vers l'épaule.

Le 17 février au matin, la malade entre dans le service de gynécologie. On note: facies pâle, pouls: 90. Température: 38°1. Tension artérielle au Vaguez: 10/6.

Au palper de l'abdomen on constate une contracture généralisée qui rend l'examen très difficile.

Le même jour à 16 heures: Pouls, 160. *Au toucher:* on sent une masse arrondie dans le cul-de-sac droit. Volume d'une petite orange, très sensible. L'utérus semble perçu derrière la symphyse pubienne. Le Douglas est douloureux et de consistance pâteuse.

L'état général s'aggravant, on décide une intervention immédiate.

Intervention le 17 février 1934 à 16 h. 30. — Anesthésie générale à l'éther-Ombredanne. Laparotomie médiane sous-ombilicale, paroi blanchâtre, anémique. Dès l'ouverture du péritoine, on trouve du sang liquide très rouge qui remplit le bassin. On l'éponge à la compresse. Quand la plus grande partie du sang a été ainsi enlevée, on incline la malade en Trendelenbourg et très rapidement, à pleines mains, on extrait les caillots qui remplissent l'excavation. A la main, on saisit rapidement une masse latéro-utérine droite que l'on attire rapidement hors du ventre et dont on enserre le pédicule entre deux pinces. Il s'agit des annexes

droites. La trompe est augmentée de volume et laisse échapper à travers son pavillon un bourgeon rougeâtre. L'ovaire du volume d'une mandarine est kystique.

Ablation de ces annexes après ligature en chaîne du pédicule. On achève alors le nettoyage de la cavité pelvienne du sang et des caillots qui l'occupent. L'utérus est exangue, de couleur blanche. Les méso-intestinaux d'une pâleur cireuse.

On referme rapidement le ventre et on s'aperçoit que le pôle supérieur de la vessie a été ouvert sur 2 cm. de longueur. On suture cette brèche en deux plans. Fermeture de la paroi sans drainage, en trois plans. Sonde à demeure dans la vessie. Cette sonde sera enlevée le 19 février.

Le 24 février: Suites opératoires normales. Pouls à 84. Température à 37°2.

Examen de la pièce opératoire. — La pièce opératoire est constituée par la trompe droite enlevée et sectionnée au voisinage de son insertion utérine. Le pavillon laisse échapper un caillot du volume d'une noix. L'une des extrémités de ce caillot est engagée dans le pavillon et elle est entourée de fragments manifestement placentaires. D'un coup de ciseaux on fend la trompe sur toute sa longueur. On voit alors, au niveau de la région ampullaire, le point d'insertion de l'œuf qui vient d'être expulsé par le pavillon.

L'examen histologique des tissus insérés sur la trompe a montré qu'il s'agissait de tissu placentaire.

La malade a quitté le service de gynécologie, complètement guérie, le 14 mars 1934.

OBSERVATION II

(Extraite des archives de la Clinique gynécologique, n° 1251)

Madame A. R..., 30 ans, entrée salle Fuster le 23 septembre 1919. Présente à son entrée des douleurs abdominales inférieures et une métrorragie assez abondante.

Début le 11 août 1919: Les règles étant apparues à leur date normale, la malade a ressenti brusquement une douleur vive dans le flanc gauche. Le 14 août, nouvelle crise douloureuse mais plus intense. Les métrorragies persistent et sont accompagnées de l'expulsion de membranes.

Mêmes signes d'intensité toujours croissante jusqu'au 23 septembre, date de l'entrée dans le service. Pas d'élévation de température.

A l'entrée on note: A l'inspection, légère saillie de l'abdomen du côté gauche.

Au palper, région utérine et fosse iliaque gauche douloureuse. On sent dans la fosse iliaque gauche une induration nettement délimitable.

Au toucher, col utérin en arrière, mou, ouvert, fond utérin à quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

Le cul-de-sac latéral gauche contient une tuméfaction rénitente, prolongée vers le cul-de-sac antérieur.

Intervention le 27 septembre 1919. — Laparotomie médiane sous-ombilicale sous éther (Ombredanne). A l'ouverture du ventre, on tombe sur une hématocele ante-utérine. Après l'ablation des caillots on aperçoit l'utérus auquel adhère une frange épiploïque qui est réséquée après ligature. Ablation des annexes gauches, les annexes droites sont laissées en place.

Examen de la pièce opératoire. — Elle est constituée par

les annexes gauches. L'ovaire gauche est scléro-kystique. La trompe gauche qui ne présente ni rupture ni fissuration montre un pavillon largement ouvert par lequel fait issue une masse qui paraît être un caillot. On incise cette trompe suivant toute sa longueur. On voit alors qu'elle contient une petite masse noirâtre conique dont la base est tournée vers le pavillon, le sommet vers l'ostium uterinum. On conclut donc à: grossesse tubaire gauche, datant de six semaines environ, hématocèle par avortement tubaire, localisation ante-utérine de cette hématocèle par suite de l'adhérence inflammatoire ancienne du tablier épiploïque au bord postéro-supérieur des annexes droites.

Examen microscopique: La trompe coupée contient un caillot stratifié au sein duquel on rencontre des sections transversales ou obliques de villosités choriales avec leur axe conjonctif recouvert de l'épithélium caractéristique.

La malade a quitté le service, parfaitement guérie, le 21 octobre 1919.

OBSERVATION III (*résumée*)

(Extraite des archives de la Clinique gynécologique, n° 2415)

Madame S... M..., 24 ans, entrée le 20 juillet 1927.

Présentait à l'entrée des douleurs abdominales et des métrorragies. La malade a ressenti dans la journée du 19 juillet de vives douleurs hypogastriques prédominant plutôt du côté gauche. En même temps, métrorragie, expulsion de débris membraneux et tendance accentuée à la lypothimie.

Les règles manquent depuis deux mois. Antérieurement, règles normales.

A l'examen, le 20 juillet 1927 au matin: Abdomen ballon-

né, résistant à la pression qui est très douloureuse. Seule la partie supérieure du ventre respire bien. L'abdomen inférieur est immobilisé et contracturé.

Etat général si déficient que l'on fait une transfusion sanguine (200 cc).

Etat stationnaire jusqu'au 13 août 1927 où l'on se décide à intervenir.

A l'ouverture de l'abdomen, le péritoine est rempli de sang. La trompe gauche est très augmentée de volume. Par le pavillon sort un caillot qui entoure un fœtus mort mesurant 9 cm. de long. Annexectomie gauche et mise en place d'un Mickulicz.

Nouvelle transfusion de 200 cc. le 14 août; néanmoins, décès le 15.

OBSERVATION IV (résumée)

(Extraite des archives de la Clinique gynécologique, n° 3113)

Madame M. C..., 38 ans. Entrée le 1^{er} février 1930 pour douleurs abdominales gauches durant depuis six jours. En même temps, présente des métrorragies avec expulsion de débris noirâtres.

Pas de retard apparent de règles. Cependant, rétrospectivement, la malade reconnaît qu'elle présentait des malaises inaccoutumés. (assoupissement et lassitude).

Brutalement, le 1^{er} février au matin, accentuation des signes généraux et douleurs.

Intervention le même jour (rachi, 0 gr. 12): Peu de sang dans la cavité péritonéale, trompe gauche volumineuse, non rompue. Par le pavillon s'échappent des caillots, fœtus non retrouvé.

A droite, kyste ovarien du volume d'une petite mandarine.

On pratique une hystérectomie subtotale.

A l'examen de la pièce, on constate que la trompe qui avait été le siège d'une grossesse, était adhérente au fond utérin et coudée.

L'examen histologique des caillots s'échappant par le pavillon montre qu'il existe au sein du réseau fibrineux leucocyto-hématique des vestiges de villosités choriales et des cellules déciduales.

OBSERVATION V (résumée)

(Extraite des archives de la Clinique gynécologique, n° 2691)

Madame P. L..., 37 ans. Entre le 5 novembre 1928 pour douleurs abdomino-pelviennes. A fait le 14 août 1928 un avortement de 1 mois et demi suivi de curettage. Depuis lors, s'est plaint à plusieurs reprises de douleurs abdominales et lombaires. Surtout au moment des règles. Pas d'arrêt de règles perçu.

La palpation de l'abdomen ne donne aucun symptôme anormal.

Au toucher: masse du volume d'une orange interprétée comme une masse annexielle gauche. Autres culs-de-sac libres. Corps utérin légèrement augmenté de volume.

Intervention le 13 novembre 1928 (rachi: 0 gr. 12). Peu de sang à l'ouverture de l'abdomen, l'utérus paraît gros et congestionné. Les annexes droites adhèrent à la face postérieure du ligament large.

La trompe gauche est très augmentée de volume et de calibre irrégulier, elle est parsemée de petits kystes.

Le pavillon de la trompe gauche est dilaté par un volumineux caillot qui pointe par l'ostium abdominal.

Présence de sang dans le Douglas, mais ce sang n'est pas en grande abondance.

On fait une annexectomie gauche.

A la coupe, la lumière tubaire apparaît remplie par un caillot dans lequel il n'est pas possible de reconnaître macroscopiquement un œuf. Mais l'*examen histologique* permet de retrouver des vestiges placentaires dans la paroi tubaire.

OBSERVATION VI (résumée)

(Extraite des archives de la Clinique gynécologique, n° 2275)

A... J..., 36 ans, entrée le 27 juillet 1926. Présente depuis le 6 juillet 1926 des métrorragies peu abondantes. Les règles du mois de juin ont manqué, en même temps, signes de probabilité de grossesse (nausées, picotements au niveau des seins, etc...). A l'entrée, douleurs peu importantes accentuées par le palper de la fosse iliaque gauche. Les métrorragies persistent encore au moment de l'entrée au service. Pouls, 130. Température, 38°2.

Toucher: Col abaissé et ramolli, déchiré à gauche. On sent, plaquée contre le bord gauche de l'utérus, une masse volumineuse dure et douloureuse.

Le 31 juillet 1926, laparotomie (éther).

Péritoine rempli de sang liquide et de caillots. Trompe gauche volumineuse, bosselée, remplie de sang mais non rompue. Le pavillon, largement ouvert, laisse échapper du sang. Salpingectomie gauche.

L'examen de la pièce montre une trompe gauche remplie

de sang, non fissurée. La lumière tubaire est occupée par un gros caillot. En incisant sur lui on tombe sur une insertion placentaire puis on arrive sur une membrane amiotique qui, incisée à son tour, laisse voir un embryon de 2 cm. de long.

Suites opératoires bonnes.

BIBLIOGRAPHIE

- AGUINET. — De l'inondation péritonéale dans les grossesses ectopiques. (Thèse de Paris, 1903.)
- AIGROT. — Notes sur six cas d'avortement tubaire. (*Lyon Chirurgical*, août-septembre 1929.)
- BARRET. — Quelques points thérapeutiques et cliniques de la grossesse extra-utérine. (Thèse de Paris, 1927.)
- BISONO. — Contribution à l'étude des accidents hémorragiques de la grossesse tubaire. (Thèse de Paris, 1931.)
- BRINDEAU. — A propos de l'avortement tubaire. (XLII^e Congrès de l'Association française de chirurgie. Octobre 1933.)
- BUTTERWORTH. — Tubal abortion and rupture. (*British medical journal*, 30 juillet 1927.)
- COTTE. — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. (Masson, éditeur 1931.)
- DANIEL et SOIMARU. — Avortements tubo-abdominaux. (*Gynécologie et Obst.*, Bucarest, T. VIII, mars 1932.)
- DELETREZ. — Avortement tubaire sans rupture avec inondation péritonéale. (*Gynécologie*, Paris 1911, pp. 247 à 249).
- DELORE, MALLET-GUY et VACHEY. — A propos de trois cas d'avortements tubaires. (*Lyon médical*, 26 déc. 1924.)
- DIEULAFÉ (L. et R.). — Avortement tubo-utérin. (*Bulletins de la Soc. d'Obst. et Gynécologie*, novembre 1929.)
- FAURE (J.-L.) et SYREDEY. — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale. (Doin, 1928.)
- FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie (collection Le Dentu-Delbet. 2^e édition, 1927).
- GAUTHIER. — Sur la rupture de grossesse tubaire et l'avortement tubaire. (Thèse de Paris, 1892-93.)
- JACOBS. — Grossesse tubaire avortée, hématoécèle. (*Bulletin de la Société belge de Gyn. et Obst.*, Bruxelles, 1900-1901.)
- JAROUSSE. — Considérations sur l'avortement tubaire. (Thèse de Paris, 1932, n^o 374.)
- JEANNIN. — L'avortement tubaire. (*Journal des praticiens*, n^o 41, octobre 1925.)

- LAPORTE. — L'interruption de la grossesse tubaire. Son mécanisme et ses conséquences. (*Sciences médicales*, 15 juin 1924.)
- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale. (3^e volume Masson, 1926.)
- LEJARS. — Les fausses-couches tubaires. (*Semaine Médicale*, 23 novembre 1904.)
- LENORMANT et HARTMANN-KEPPEL. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des accidents de la grossesse tubaire. (*Gynécologie et Obstétrique*, mars 1923, p. 273.)
- Nouvelle contribution à l'étude clinique et thérapeutique des accidents de la grossesse tubaire. (*Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale*, Tome xxxiii. Février 1931.)
- LUCCIONI. — Pseudo-étranglement herniaire au cours d'un avortement tubaire. (Société de Chirurgie de Marseille, février 1932.)
- MERLE. — Contribution à l'étude des hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale non tubaire. (Thèse de Paris, 1929.)
- MONDOR. — Diagnostics urgents, abdomen. (Masson, 1930.)
- PIERSON. — Contribution à l'étude des grossesses tubaires. (Thèse de Paris, 1913.)
- REEB. — Avortements tubaires jeunes à évolution ralentie et diagnostic. (*Strasbourg Médical*, n° 22, août 1932.)
- Avortements tubaires jeunes à évolution ralentie et leur diagnostic. (*Gynécologie et Obstétrique*, T. 26, pp. 385 à 398, novembre 1932.)
- ROBERTIS (De). — Complication tardive rare du traitement d'attente de l'avortement tubaire. (*La pratica chirurgica et delle discipline*, III, n° 6, juin 1932.)
- ROUFFART. — L'avortement tubo-abdominal. Observation d'un cas d'avortement tubaire bilatéral. (*Journal de Médecine*, Bruxelles, 1912, pp. 275 à 280.)
- ROUVILLE (De) et COLL DE CARRÉRA. — Grossesse tubaire avec apoplexie ovulaire. (*Soc. d'Obst. et Gynécologie*, 1924, p. 373.)
- ROUVILLE (De) et MADON. — Avortement tubaire, hémorragies à répétition. (*Société d'Obstétrique et gynécologie*, 1934, p. 373.)
- SCHWARTZ. — Formes rares de grossesses extra-utérines. (*Paris Médical*, 27 mars 1926.)
- STEFANI. — A propos de la grossesse tubaire, de la localisation anté-utérine du produit d'avortement. (Thèse de Montpellier, 1923-24.)
- STEFANI. — A propos de la grossesse tubaire, localisation anté-utérine du produit d'avortement. (Concours médical, 1925.)
- VANSERTS. — Le signe de Douglas dans la rupture de la grossesse extra-utérine et dans l'avortement tubo-abdominal. (*Gazette des praticiens*, mars 1922.)

- VAUDESCAL. — Contribution à l'étude de la grossesse interstitielle.
(Vigot, 1919.)
- VIAL. — De l'avortement tubaire. (Thèse de Nancy, 1898-99.)
- VIÉGAND. — Statistiques de grossesses extra-utérines. (*Journal de Chirurgie*, 1921, p. 400.)
- WEHRUNG. — Deux nouveaux cas d'avortement tubaire à évolution lente. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 22, pp. 443-445, mai 1933.)
- WILLETTE. — De l'inondation péritonéale dans l'avortement tubaire.
(Thèse de Paris, 1910.)
- ZEDEL. — Ueber Tubenabort. (*Deutsche Medizinische wochenschrift*, 1895, n°s 31 et 32.)
-

TABLE DES MATIERES

Introduction	7
--------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

Définitions.....	9
Avortement tubo-utérin	10
Etiologie	12
Anatomie pathologique	16

DEUXIÈME PARTIE

Etude clinique	20
Forme banale de l'avortement tubaire	20
Avortement tubaire précoce.....	22
Avortement tubaire jeune à évolution ralentie.....	23
Avortement tubaire avec inondation.....	26
Avortement tubaire avec inondation sans signes graves immédiatement	30
Hématocèles	33
Pronostic	39
Traitement.....	40
Traitement de l'avortement tubaire avec inondation.....	41
Traitement des formes avec hémorragie répétée.....	41
Traitement des hématocèles.....	42
Conclusions	44

TROISIÈME PARTIE

Observations.....	45
Bibliographie.....	54

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre:

Montpellier, le 29 mars 1935.

« Contribution à l'Etude des avortements tubaires »,

Le Doyen,
EUZIERE.

par J. GOMOLINSKI

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Vu et permis d'imprimer:

Montpellier, le 12 mars 1935.

Montpellier, le 30 mars 1935,

Le Professeur,
LAPEYRE.

Pour le Recteur,
Le Doyen délégué,
M. GODECHOT.

